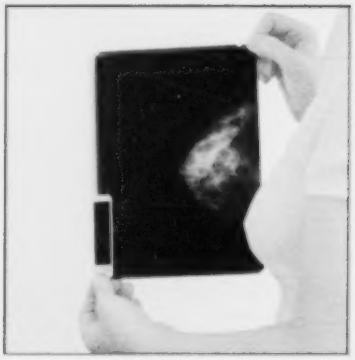
Composante du produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

Le point sur la mammographie au Canada



par Margot Shields et Kathryn Wilkins

Juin 2009

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Le point sur la mammographie au Canada

par Margot Shields et Kathryn Wilkins

Résumé

Contexte
Cet article fait le point sur la participation des Canadiennes de 50 à 69 ans aux programmes de mammographie et présente les tendances observées de 1990 à 2008 dans les provinces. Il comprend un examen des caractéristiques des non-participantes.

Sources des données et méthodes
Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2008 sont utilisées pour faire le point sur l'utilisation de la mammographie et pour examiner les facteurs associés à la non-utilisation. Des estimations historiques sont produites à partir des données de l'ESCC de 2000-2001, 2003 et 2005, de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 et de l'Enquête promotion santé de 1990. On a eu recours à des estimations de la fréquence, à des totalisations croisées et à une analyse par régression logistique.

Résultats
En 2008, 72 % des femmes de 50 à 69 ans ont déclaré avoir passé une mammographie au cours des deux années précédentes, en hausse par rapport à 40 % en 1990. L'augmentation a eu lieu de 1990 à 2000-2001, puis les taux se sont stabilisés. De 1990 à 2000-2001, l'écart en matière de participation entre les femmes se situant dans les quintiles de revenu supérieur et inférieur s'est progressivement rétréci, passant d'un écart de 26 points de pourcentage à 12 points. En 2008, l'écart s'est élargi à 18 points de pourcentage. La non-utilisation était élevée en Colombie-Britannique, à l'Île-du-Prince-Édouard et au Nunavut. La non-utilisation était associée au fait d'être une immigrante, de vivre dans un ménage à faible revenu, de ne pas avoir un médecin de famille et de faire usage de la cigarette.

Interprétation
Malgré la disponibilité généralisée de programmes de dépistage, les femmes dans certains segments de la population ne passent pas d'examens mammographiques régulièrement.

Mots-clés
Cancer du sein, dépistage du cancer, dépistage à grande échelle, tendances.

Auteures
Margot Shields (1-613-951-4177; Margot.Shields@statcan.gc.ca) et Kathryn Wilkins (1-613-951-1769; Kathryn.Wilkins@statcan.gc.ca) font partie de la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Le cancer du sein est le cancer le plus répandu chez les femmes et l'on estime qu'il sera diagnostiqué chez quelque 22 700 Canadiennes en 2009. La probabilité qu'une femme soit atteinte d'un cancer du sein au cours de sa vie s'établit à 1 sur 9[1]. La probabilité d'être emportée par cette maladie est beaucoup plus faible, soit 1 sur 28. Le taux relatif de survie à cinq ans pour les femmes atteintes d'un cancer du sein est de 87 %, c'est-à-dire que ces femmes ont 87 % de chances de survie cinq ans après le diagnostic comparativement aux femmes présentant des caractéristiques semblables mais non atteintes de ce cancer[2].

Les plus importants facteurs de risque connus sont les antécédents familiaux de la maladie, l'âge et les tissus mammaires denses, facteurs qui, bien entendu, échappent tous au contrôle de la personne[3,4]. Même si la plupart des preuves sur l'existence d'un lien entre les comportements modifiables et le cancer du sein sont faibles, un rapport publié récemment a conclu qu'un lien de causalité existe entre l'usage du tabac et l'incidence du cancer du sein[5].

Alors que le débat sur les avantages du dépistage du cancer du sein se poursuit, les données recueillies laissent entendre que les programmes organisés de dépistage par mammographie contribuent à réduire la mortalité par cancer du sein, particulièrement chez les femmes de 50 à 69 ans[6,7]. Les lignes directrices canadiennes actuelles recommandent que les femmes dans ce groupe d'âge passent un examen mammographique tous les deux ans[8]. Pour les femmes dans la quarantaine et pour celles de 70 ans et plus, il leur est conseillé de parler à leur médecin au sujet des avantages de la mammographie.

En 1998, des programmes organisés de dépistage par mammographie étaient offerts dans toutes les provinces, venant s'ajouter aux installations de mammographie diagnostique en place depuis longtemps[9]. Les programmes organisés de dépistage du cancer du sein ont été lancés au Yukon en 1990 et dans

les Territoires du Nord-Ouest en 2003. En 2009, il n'y a pas de programme organisé de dépistage au Nunavut.

Tous les programmes de dépistage provinciaux et territoriaux offrent un examen mammographique bisannuel aux femmes de 50 à 69 ans n'ayant pas reçu antérieurement un diagnostic de cancer du sein. Dans certaines provinces, des examens mammographiques annuels sont offerts. En outre, certains provinces et territoires offrent le dépistage aux femmes dans la quarantaine et à celles de plus de 69 ans, mais parfois seulement sur recommandation d'un médecin[9].

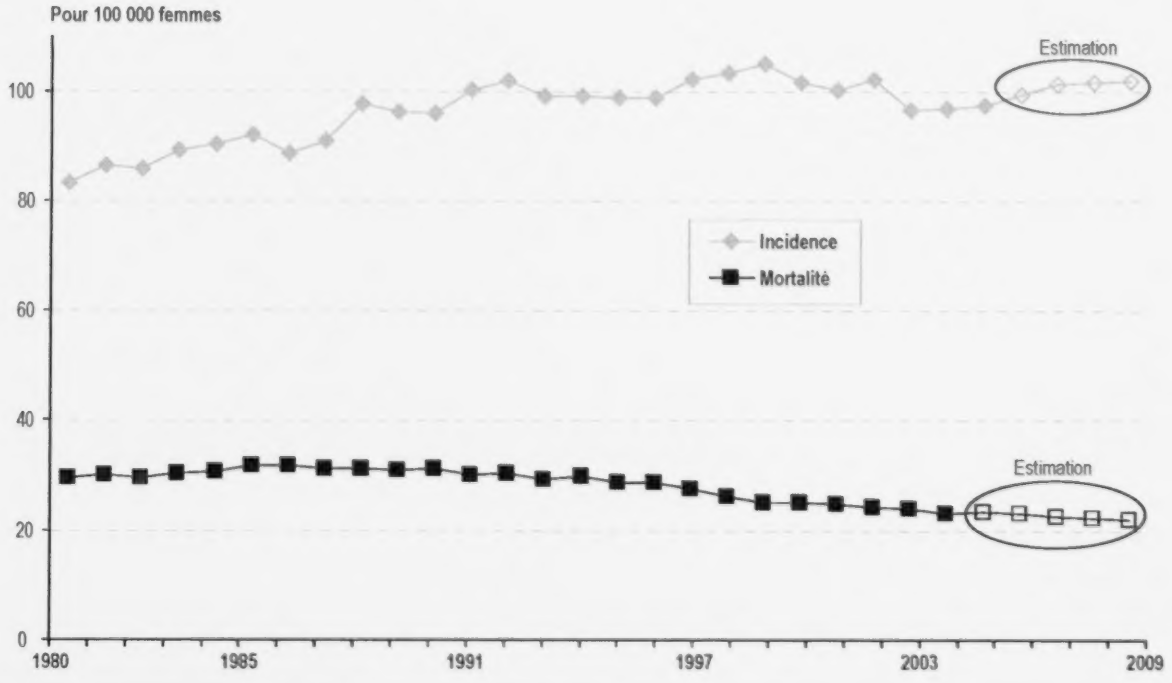
Probablement à cause d'une meilleure détermination des cas au fur et à mesure de l'augmentation de la participation aux programmes de dépistage, les taux d'incidence du cancer du sein ont augmenté durant les années 1990; toutefois, ils demeurent relativement stables depuis environ 2000 (figure 1). Le taux de décès par cancer du sein chez la femme a commencé à baisser au début des années 1990, en partie peut-être à cause de la détection précoce par dépistage. De 1990 à 2009, le taux de mortalité normalisé selon l'âge a diminué de 30 %[1].

Depuis 1988, quand le premier programme provincial a été lancé en Colombie-Britannique, le nombre de femmes participant à des programmes organisés de dépistage par mammographie a augmenté rapidement, passant de 4 000 à 895 000 en 2004[9]. Toutefois, l'utilisation de la mammographie n'a pas été uniforme dans la population.

Des études antérieures fondées sur des données recueillies auprès des Canadiennes au milieu des années 1990 ont révélé une association entre des niveaux de participation aux programmes de mammographie plus faibles et des facteurs tels qu'un niveau de scolarité inférieur, la résidence dans une région rurale, le fait de ne pas avoir de médecin de famille et le fait d'être une immigrante[10-12]. Plus de dix ans plus tard, alors que les programmes organisés de dépistage sont bien établis et que l'accès y est presque universel, il est encore plus important de déterminer les obstacles à la participation à ces programmes et les groupes pour lesquels cette participation pourrait être sous-optimale.

La présente étude vise à faire le point sur la participation aux programmes de mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans au Canada et à présenter les tendances observées de 1990 à 2008 dans les provinces. Les estimations comprennent non seulement les mammographies pratiquées aux fins de dépistage, mais aussi celles effectuées

Figure 1
Taux normalisés d'incidence du cancer du sein et de mortalité par ce cancer, selon l'âge[1], pour les femmes, Canada, 1980 à 2009



[1] en prenant pour référence la population canadienne de 1991
Nota : Données estimatives utilisées pour l'incidence de 2006 à 2009 et pour la mortalité de 2005 à 2009
Source : Référence 1

à des fins de diagnostic. À partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2008, on examine les caractéristiques des non-participantes, y compris les facteurs sociodémographiques, la consultation d'un médecin et les risques liés à la santé. On fait état des obstacles associés à la non-participation aux programmes de mammographie.

Tout au long du présent article, l'expression « participante au dépistage par mammographie » s'entend d'une femme qui a déclaré avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années, l'intervalle recommandé dans les lignes directrices de la Société canadienne du cancer; une « non-participante » est une femme qui n'a pas passé de mammographie au cours de cette période.

Méthodes

Sources des données

Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2008 sont utilisées pour estimer l'utilisation de la mammographie et pour examiner les facteurs liés à la non-participation. L'ESCC est une enquête transversale qui couvre la population à domicile de 12 ans et plus ne vivant pas en établissement dans toutes les provinces et les territoires, à l'exception des membres réguliers des Forces armées canadiennes et des habitants des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes (militaires et civils) et de certaines régions éloignées. En 2008, le taux de réponse global était de 75,2 % (l'échantillon interviewé comprenait 66 013 personnes). Une description de la méthodologie de l'ESCC figure dans un rapport publié[13] et dans le site Web de Statistique Canada (www.statcan.gc.ca).

Les estimations historiques de l'utilisation de la mammographie sont fondées sur les données de l'Enquête promotion santé de 1990, de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 et de l'ESCC de 2000-2001, 2003 et 2005.

Mesures

Mammographie

Les questions suivantes ont été posées aux femmes de 35 ans et plus qui ont participé à l'ESCC : « Avez-vous déjà passé une mammographie, c'est-à-dire une radiographie du sein? » (Oui/Non); « Pourquoi avez-vous passé une mammographie? » (question ouverte; réponses multiples acceptées); et « À quand remonte la dernière fois? » (Moins d'un an / d'un an à moins de deux ans / de deux ans à moins de trois ans / de trois ans à moins de cinq ans / cinq ans ou plus).

Faute de spécificité, la question sur les raisons de la mammographie pourrait être interprétée comme portant sur tout examen mammographique jamais passé. Par conséquent, les mammographies passées au cours des deux dernières années ne peuvent être classées selon qu'il s'agit de dépistage ou de diagnostic (examen d'un éventuel problème mammaire).

Dans les enquêtes utilisées pour créer les estimations des années précédant 2008, les questions sur une mammographie passée et le moment de la dernière mammographie étaient les mêmes que celles posées dans l'ESCC de 2008. Toutefois, la question au sujet des raisons de la mammographie variait d'une enquête à l'autre et, dans certains cas, n'a pas été posée. Par conséquent, la présente analyse porte sur les examens mammographiques passés au cours des deux dernières années et comprend nécessairement les mammographies de dépistage ainsi que les mammographies diagnostiques; les femmes qui avaient des antécédents de problèmes mammaires ou un actuel problème mammaire sont incluses.

Revenu du ménage

Les groupes de revenu du ménage ont été établis d'après une version modifiée de la méthode d'équivalence du score, au moyen de laquelle le revenu du ménage est corrigé selon la taille du ménage. Cette méthode a été élaborée à Statistique Canada[14] et utilise un facteur de pondération fondé sur la règle « 40/30 ». Pour chaque participant à l'ESCC de 2008, un facteur de pondération du ménage a été calculé en fonction de la taille de ce dernier. Un poids de 1 a été attribué au premier membre du ménage, un poids de 0,4 au deuxième, et un poids de 0,3 au troisième et aux membres subséquents. Puis, on a additionné ces poids pour obtenir le facteur de pondération du ménage. Par exemple, pour un ménage de cinq personnes, ce poids serait 2,3 (1 + 0,4 + 0,3 + 0,3 + 0,3). Le revenu du ménage a été ensuite divisé par le facteur de pondération du ménage pour obtenir le revenu corrigé en fonction de la taille du ménage. En utilisant l'ensemble du fichier de données pondérées de l'ESCC de 2008, on a regroupé les revenus corrigés des ménages en quintiles (cinq groupes, contenant chacun un cinquième de la population canadienne). On a procédé de la même façon pour établir les quintiles de revenu du ménage pour tous les fichiers historiques utilisés aux fins de l'analyse.

Activité physique durant les loisirs

Trois niveaux d'activité physique durant les loisirs ont été établis d'après les renseignements fournis par les participantes à l'ESCC au sujet de leur participation aux activités physiques au cours des trois mois qui ont précédé leur interview. Les niveaux ont été déterminés selon le nombre de kilocalories dépensées par kilogramme de poids corporel par jour (KKJ), à savoir active (3 KKJ ou plus), modérément active (1,5 à 2,9 KKJ) et inactive (moins de 1,5 KKJ).

Niveau de stress quotidien

Les niveaux de stress quotidien ont été estimés d'après les réponses à la question « En pensant à la quantité de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont : pas du tout stressantes? pas tellement stressantes? un peu stressantes? assez stressantes? extrêmement stressantes? » Les deux premières catégories ont été définies comme présentant un faible niveau de stress, la troisième, comme présentant un niveau de stress moyen, et les deux

dernières, comme présentant un niveau de stress élevé.

Sentiment d'appartenance à la communauté

Pour mesurer le sentiment d'appartenance à la communauté, on a posé la question suivante : « Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? Diriez-vous qu'il est : très fort? plutôt fort? plutôt faible? très faible? ». Dans la présente analyse, le sentiment d'appartenance à la communauté est utilisé comme indicateur de soutien social.

Techniques d'analyse

Pour décrire les caractéristiques de la population étudiée, on a utilisé des estimations de fréquence calculées à l'aide de données pondérées de manière à ce qu'elles soient représentatives de la population féminine à domicile de 50 à 69 ans en 2008. Des totalisations croisées et la modélisation par régression logistique multiple ont permis d'examiner les facteurs associés au fait d'être une non-participante au dépistage par mammographie. Le choix des variables incluses dans l'analyse a été basé sur les données publiées et sur celles recueillies dans le cadre de l'ESCC.

Il a été postulé que les personnes de faible statut socioéconomique sont moins susceptibles de participer au dépistage du cancer en raison de facteurs psychosociaux, comme un niveau de soutien social plus faible et un niveau de stress plus élevé[15]. Pour explorer cette hypothèse, le stress et l'appartenance à la communauté ont été inclus dans l'analyse bivariée. Étant donné que ni l'un ni l'autre des facteurs n'était associé à la non-utilisation de la mammographie, ils n'ont pas été retenus dans l'analyse multivariée. Pour cette même raison, l'indice de masse corporelle (IMC) n'a pas été retenu dans l'analyse multivariée.

Les associations entre les variables indépendantes ont été examinées afin de réduire la possibilité de multicolinéarité dans l'analyse multivariée. Le niveau de scolarité a été exclu du modèle de régression à cause de sa forte association

Tableau 1
Certaines caractéristiques de l'échantillon étudié[1], population féminine à domicile de 50 à 69 ans, Canada, 2008

Variable	Taille de l'échantillon	Nombre estimatif (pondéré) en milliers	Pourcentage estimatif[2] (pondéré)
Total	**11 441**	**3 829**	**100,0**
Groupe d'âge			
50 à 54 ans	2 932	1 202	31,4
55 à 59 ans	3 207	1 079	28,2
60 à 64 ans	2 978	875	22,9
65 à 69 ans	2 324	673	17,6
État matrimonial			
Mariée / conjointe de fait	7 059	2 708	70,8
Veuve	1 346	295	7,7
Divorcée/séparée	2 009	556	14,6
Jamais mariée	998	263	6,9
Données manquantes	29	..	..
Réside dans une région métropolitaine de recensement			
Oui	4 967	2 531	66,1
Non	6 474	1 299	33,9
Lieu de naissance			
Amérique du Nord	9 694	2 862	76,2
Europe	978	411	11,0
Asie	338	320	8,5
Autre	235	163	4,3
Données manquantes	196	..	..
Nombre d'années depuis l'immigration			
0 à 9 ans	85	69[E]	1,9[E]
10 à 19 ans	183	166	4,4
20 ans ou plus	1 383	698	18,6
Non-immigrante	9 581	2 814	75,1
Données manquantes	209	..	..
Quintile de revenu du ménage			
1 (inférieur)	2 259	624	19,6
2	2 131	653	20,5
3	1 897	656	20,6
4	1 613	564	17,7
5 (supérieur)	1 688	692	21,7
Données manquantes	1 853	..	..
Niveau de scolarité			
Pas de diplôme d'études secondaires	2 330	706	18,9
Diplôme d'études secondaires ou études postsecondaires partielles	2 753	974	26,1
Diplôme d'études postsecondaires	6 090	2 057	55,0
Données manquantes	268	..	..
A un médecin de famille? – A consulté un omnipraticien / médecin de famille au cours de l'année précédente?			
Oui – Oui	9 266	3 147	82,2
Oui – Non	1 211	378	9,9
Non – Oui	481	157	4,1
Non – Non	474	146	3,8
Données manquantes	9	..	..
Autoévaluation de la santé générale			
Excellente / très bonne	5 985	2 050	53,6
Bonne	3 546	1 178	30,8
Passable/mauvaise	1 890	594	15,5
Données manquantes	20	..	..

[1] exclut 174 participantes à l'enquête dont les valeurs pour une mammographie passée au cours des deux dernières années étaient manquantes
[2] les enregistrements avec des valeurs manquantes sont exclus des dénominateurs
[E] à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
.. n'ayant pas lieu de figurer
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008

Tableau 2
Pourcentage des femmes ayant déclaré avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années, selon la province, le quintile de revenu du ménage et le niveau de scolarité, population à domicile de 50 à 69 ans, Canada, territoires non compris, 1990 à 2008

	1990	1994-1995	1996-1997	1998-1999	2000-2001	2003	2005	2008	Variation en points de pourcentage (2008 moins 1990)
	Pourcentage								
Canada	**40,5***	**56,9***	**63,1***	**66,2***	**72,7**	**72,4**	**72,0**	**72,5**	**32,0**
Province (année de lancement du programme de dépistage organisé†)									
Terre-Neuve-et-Labrador (1996)	18,9*‡	33,4*	43,3*	48,2*	64,1	66,6	69,9	71,4	52,6
Île-du-Prince-Édouard (1998)	44,9*	67,0	67,2	62,5	71,2	70,7	64,8	61,0*	16,1
Nouvelle-Écosse (1991)	33,6*	42,8*	53,3*	56,1*	71,1	66,1	72,7	69,0	35,5
Nouveau-Brunswick (1995)	28,6*‡	49,0*	66,8	72,3	73,1	75,6	75,0	74,0	45,4
Québec (1998)	39,8*	48,5*	56,9*	58,4*	74,2	72,8	74,0	73,9	34,1
Ontario (1990)	43,7*	59,6*	66,9*	68,2*	73,6	72,4	73,1	73,2	29,6
Manitoba (1995)	36,1*	42,9*	59,3*	65,2	71,1	72,6	66,7	71,0	34,9
Saskatchewan (1990)	21,1*‡	71,4	66,1*	80,7	76,4	75,0	70,1*	73,6	52,4
Alberta (1990)	43,4*	70,5	63,1*	69,7	70,9	74,2	71,7	74,0	30,6
Colombie-Britannique (1998)	44,4*	67,8	70,4	75,8	69,0	72,0	67,1	67,9	23,5
Quintile de revenu du ménage									
1 (inférieur)	32,7*	49,5*	52,8*	56,8*	66,4	63,7	66,5	60,7*	28,0
2	39,2*	46,2*	61,1*	66,2	69,2	71,8	71,0	71,0	31,8
3	43,4*	58,1*	61,3*	67,8*	75,4	74,6	75,2	77,5	34,1
4	44,7*	61,1*	68,1*	72,3	77,5	75,8	73,4*	77,0	32,3
5 (supérieur)	58,5*	68,5*	71,5*	71,7	78,4	77,8	75,7	79,1	20,6
Niveau de scolarité									
Pas de diplôme d'études secondaires	36,2*	48,8*	57,7*	62,7*	68,4	67,0	68,3	63,9*	27,8
Diplôme d'études secondaires ou études postsecondaires partielles	43,3*	58,5*	64,8*	65,8*	72,4	73,0	72,7	74,5	31,2
Diplôme d'études postsecondaires	46,0*	67,1*	67,2*	70,4*	76,4	75,5	73,3*	74,5	28,4

* valeur significativement différente de l'estimation pour 2000-2001 (zone ombrée) ($p < 0,05$)
† voir référence 8
‡ à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 à 2008; Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 1998-1999; Enquête promotion santé, 1990.

avec le revenu. Le pays de naissance a été exclu à cause de son association avec le statut d'immigrant.

Pour tenir compte des effets du plan d'enquête de l'ESCC, les erreurs types, les coefficients de variation et les intervalles de confiance à 95 % ont été calculés par la méthode du *bootstrap*[16,17]. La signification statistique des écarts entre les estimations a été testée au seuil de signification de $p < 0,05$ (test bilatéral).

Les estimations historiques de l'utilisation de la mammographie sont fondées sur des données pondérées, de manière à représenter la population féminine de 50 à 69 ans pour la période de collecte des données. Étant donné l'évolution au fil du temps de la répartition selon l'âge des femmes de 50 à 69 ans, on a recalculé les taux chronologiques afin de les normaliser en fonction de la population de 2008, en utilisant des intervalles d'âge de cinq ans. Dans les deux cas, les taux bruts et les taux normalisés selon l'âge se situaient à un point de pourcentage l'un de l'autre (données non présentées); par conséquent, seuls les pourcentages bruts sont présentés.

Résultats

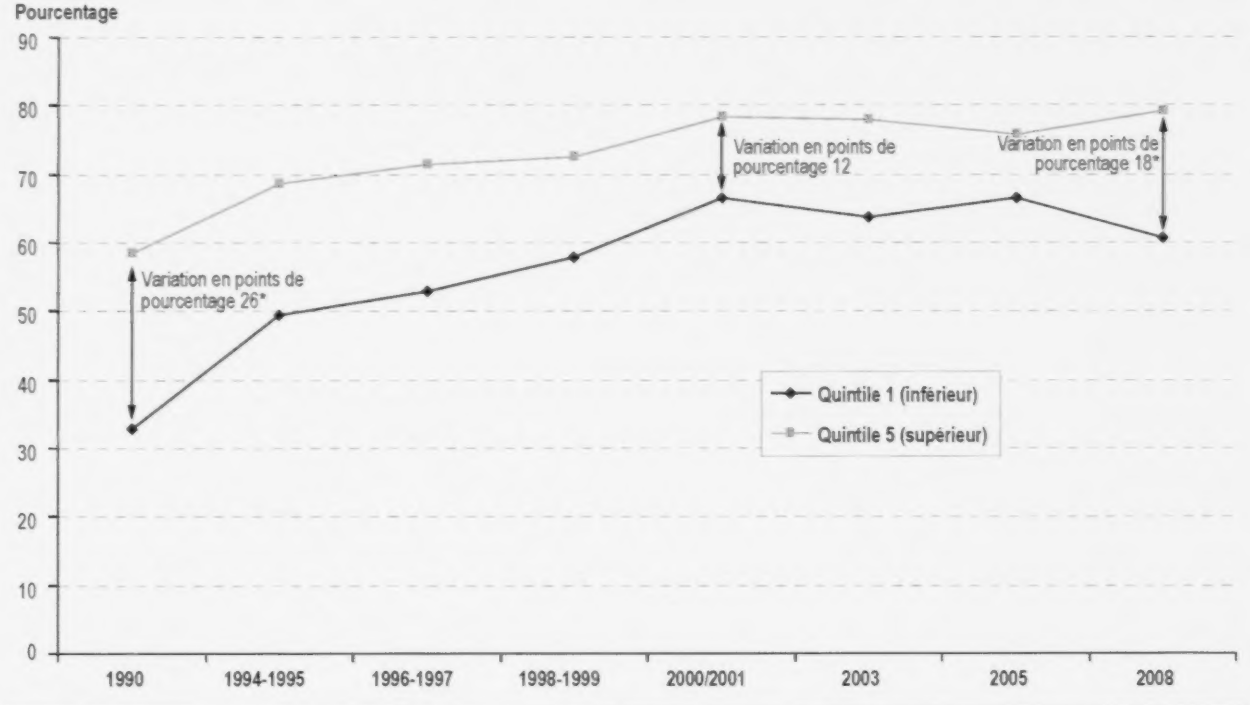
Caractéristiques de la population étudiée

L'échantillon de l'ESCC de 2008 composé de 11 441 femmes de 50 à 69 ans a été pondéré de manière qu'il soit représentatif de 3,8 millions de femmes dans cet intervalle d'âge (tableau 1). La majorité d'entre elles (71 %) étaient mariées. Les deux tiers vivaient dans une région métropolitaine de recensement. Le quart était des immigrantes : 19 % étaient au Canada depuis 20 ans et plus, 4 % l'étaient depuis 10 à 19 ans et le 2 % restant l'étaient depuis 0 à 9 ans. Ces personnes venaient principalement d'Europe et d'Asie.

Environ quatre cinquièmes (82 %) des femmes ont déclaré avoir un médecin de famille et avoir consulté un omnipraticien ou un médecin de famille durant l'année précédente. Un autre 10 % avait un médecin de famille, mais ne l'avait pas consulté durant l'année précédente. La part restante (8 %) a déclaré ne pas avoir de médecin de famille, bien que la moitié d'entre elles (4 %) ait consulté un omnipraticien ou un médecin de famille au cours de l'année précédente.

Plus de la moitié des femmes (55 %) étaient titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires. Une excellente ou très

Figure 2
Pourcentage des femmes ayant déclaré avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années, selon les quintiles de revenu du ménage supérieur et inférieur, population à domicile de 50 à 69 ans, Canada, territoires non compris, 1990 à 2008



* écart significativement plus grand que celui pour 2000-2001 ($p < 0,05$)
Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 à 2008; Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 1998-1999; Enquête promotion santé, 1990.

bonne santé a été déclarée par 50 % des paricipantes; 16 % seulement ont jugé leur état de santé passable ou mauvais.

Tendances en matière d'utilisation de la mammographie

En 1990, moins de la moitié (40 %) des femmes de 50 à 69 ans ont déclaré avoir passé un examen mammographique au cours des deux dernières années; en 2008, le taux était de 72 % (tableau 2). Toute l'augmentation a eu lieu de 1990 à 2000-2001, puis le pourcentage s'est stabilisé.

En 1988, la Colombie-Britannique a mis en œuvre le premier programme officiel de dépistage du cancer du sein, suivie en 1990 de l'Ontario, de la Saskatchewan et de l'Alberta. En 1998, des programmes étaient en place dans les dix provinces, ce qui explique la forte hausse de l'utilisation de la mammographie de 1990 à 2000-2001[9].

Avant 2000-2001, le recours à la mammographie variait considérablement entre les dix provinces (tableau A en annexe). En Colombie-Britannique, des pourcentages relativement élevés de femmes ont déclaré passer des examens mammographiques, tandis qu'à Terre-Neuve-et-Labrador et au Québec, les taux étaient inférieurs, reflétant la mise en place plus tardive des programmes de dépistage[9]. Les disparités entre les provinces étaient particulièrement marquées en 1994-1995, le taux le plus bas, soit 33 %, ayant été enregistré à Terre-Neuve-et-Labrador, et le plus élevé, soit 71 %, en Saskatchewan, pour un écart de 38 points de pourcentage. En 2000-2001, toutes les provinces ayant alors des programmes de dépistage en place, l'écart s'était rétréci à 12 points de pourcentage; il est demeuré sensiblement le même au cours des années subséquentes.

Revenu inférieur – utilisation plus faible

En 1990, le pourcentage de femmes qui ont dit avoir passé une mammographie était beaucoup plus élevé dans les ménages se situant dans le quintile de revenu supérieur (58,5 %) que dans ceux du quintile inférieur (32,7 %), ce qui représente un écart de 26 points de pourcentage (figure 2). En 2000-2001, l'écart s'était rétréci à 12 points de pourcentage. Toutefois, en 2008, l'écart s'est élargi, pour passer à 18 points de pourcentage, principalement à cause d'une diminution du recours à la mammographie par les femmes du quintile de revenu inférieur. Cette

Tableau 3
Pourcentage des femmes n'ayant pas déclaré avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 50 à 69 ans, Canada, 2008

	Pourcentage	Intervalle de confiance à 95 % de	à
Total	**27,5**	**26,1**	**28,9**
Groupe d'âge			
50 à 54 ans	32,8*	29,9	35,6
55 à 59 ans	25,1	22,3	27,9
60 à 64 ans	23,8	21,3	26,3
65 à 69 ans†	26,9	23,8	30,0
État matrimonial			
Mariée / conjointe de fait†	25,8	24,1	27,5
Veuve	32,6*	27,0	38,1
Divorcée/séparée	30,9*	26,9	34,9
Jamais mariée	32,8*	28,2	37,4
Réside dans une région métropolitaine de recensement			
Oui	26,7*	24,8	28,6
Non†	29,2	27,7	30,8
Province/territoire			
Terre-Neuve-et-Labrador	28,6	22,1	35,0
Île-du-Prince-Édouard	39,0*	30,5	47,4
Nouvelle-Écosse	31,0	25,4	36,5
Nouveau-Brunswick	26,0	21,1	31,0
Québec	26,1	22,9	29,3
Ontario	26,8	24,3	29,3
Manitoba	29,0	23,5	34,4
Saskatchewan	26,4	21,6	31,2
Alberta	26,0	21,6	30,5
Colombie-Britannique	32,1*	28,1	36,1
Yukon	33,8E	21,0	46,5
Territoires du Nord-Ouest	31,6E	17,1	46,0
Nunavut	67,8*E	41,5	94,1
Lieu de naissance			
Amérique du Nord†	25,9	24,5	27,3
Europe	32,4*	27,9	36,9
Asie	34,4*	26,7	42,1
Autre	29,0E	18,5	39,6
Nombre d'années depuis l'immigration			
0 à 9 ans	57,4*	40,1	74,8
10 à 19 ans	34,9	24,1	45,7
20 ans ou plus	29,0	25,1	32,9
Non-immigrante†	25,8	24,4	27,2
Quintile de revenu du ménage			
1 (inférieur)	39,3*	35,3	43,3
2	29,0*	25,7	32,3
3†	22,6	19,3	25,8
4	23,0	19,7	26,4
5 (supérieur)†	20,9	17,8	24,1
Niveau de scolarité			
Pas de diplôme d'études secondaires	36,1*	32,6	39,7
Diplôme d'études secondaires	25,5	22,9	28,2
Diplôme d'études postsecondaires†	25,5	23,7	27,3
A un médecin de famille? – A consulté un omnipraticien / médecin de famille au cours de l'année précédente?			
Oui – Oui†	22,8	21,3	24,2
Oui – Non	45,3*	40,2	50,3
Non – Oui	40,5*	31,5	49,5
Non – Non	70,7*	63,5	78,0
Autoévaluation de la santé générale			
Excellente / très bonne†	25,7	23,8	27,6
Bonne	29,7*	27,2	32,3
Passable/mauvaise	28,9	25,5	32,4
Niveau de stress quotidien			
Faible†	27,3	24,9	29,6
Moyen	27,9	25,8	30,1
Élevé	27,1	24,1	30,0
Sentiment d'appartenance à la communauté			
Très/assez fort†	26,8	25,0	28,5
Très/assez faible	29,0	26,5	31,5
Usage du tabac			
Fumeuse quotidienne	39,8*	36,5	43,1
Fumeuse occasionnelle	30,2	21,8	38,5
Non-fumeuse†	25,1	23,6	26,7
Niveau d'activité physique durant les loisirs			
Active / modérément active (1,5 ou plus KKJ)†	25,5	23,6	27,3
Inactive (moins de 1,5 KKJ)	29,3*	27,2	31,3
Catégorie d'IMC			
Poids insuffisant (moins de 18,5)	30,4	20,7	40,2
Poids normal (18,5 à moins de 25,0)†	27,5	25,2	29,8
Embonpoint (sans obésité) (25,0 à moins de 30,0)	26,4	23,9	28,8
Obésité, classe I (30,0 à moins de 35,0)	27,3	23,7	30,9
Obésité, classe II (35,0 à moins de 40,0	24,2	18,9	29,5
Obésité, classe III (40,0 et plus)	32,9	24,2	41,7

† catégorie de référence
* significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
KKJ : kilocalories par kilogramme par jour
Nota : Pour « province/territoire », la catégorie de référence est la somme des autres provinces et territoires combinés.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

année-là, 61 % des femmes du quintile de revenu inférieur ont déclaré avoir passé une mammographie, en baisse par rapport au taux de 67 % enregistré en 2005 (tableau 2). Une baisse semblable s'observe en 2008 chez les femmes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires.

Avant la mise en œuvre généralisée des programmes de dépistage, les différences en matière de participation entre les femmes dans les catégories de revenu moyenne et supérieure étaient plus prononcées. En 1990, 1994-1995 et 1996-1997, les femmes se situant dans le quintile de revenu intermédiaire étaient moins susceptibles de déclarer avoir passé une mammographie que celles se situant dans le quintile de revenu supérieur (tableau B en annexe). Depuis 1998-1999, les femmes du quintile intermédiaire ont été tout aussi susceptibles de passer une mammographie que les femmes du quintile supérieur. En revanche, les femmes du quintile de revenu inférieur ont été systématiquement moins nombreuses à passer un examen mammographique depuis 1990.

Qui n'a pas passé de mammographie?

Même si les programmes de dépistage par mammographie sont offerts de façon généralisée partout au Canada, en 2008, 28 % des femmes de 50 à 69 ans ont déclaré ne pas avoir passé de mammographie au cours des deux années précédentes (tableau 3).

Les femmes de 50 à 54 ans étaient plus susceptibles d'être des non-participantes que les femmes de 55 ans et plus. Le faible taux de participation enregistré par le groupe d'âge plus jeune reflète la prise en compte des femmes de 50 ans, incluses depuis moins longtemps dans l'intervalle d'âge visé par les programmes nationaux de dépistage. Un deuxième calcul en fonction des femmes de 51 à 54 ans a donné un taux de non-participation de 28 %, lequel se rapproche des taux obtenus pour les groupes d'âge plus avancé (données non présentées).

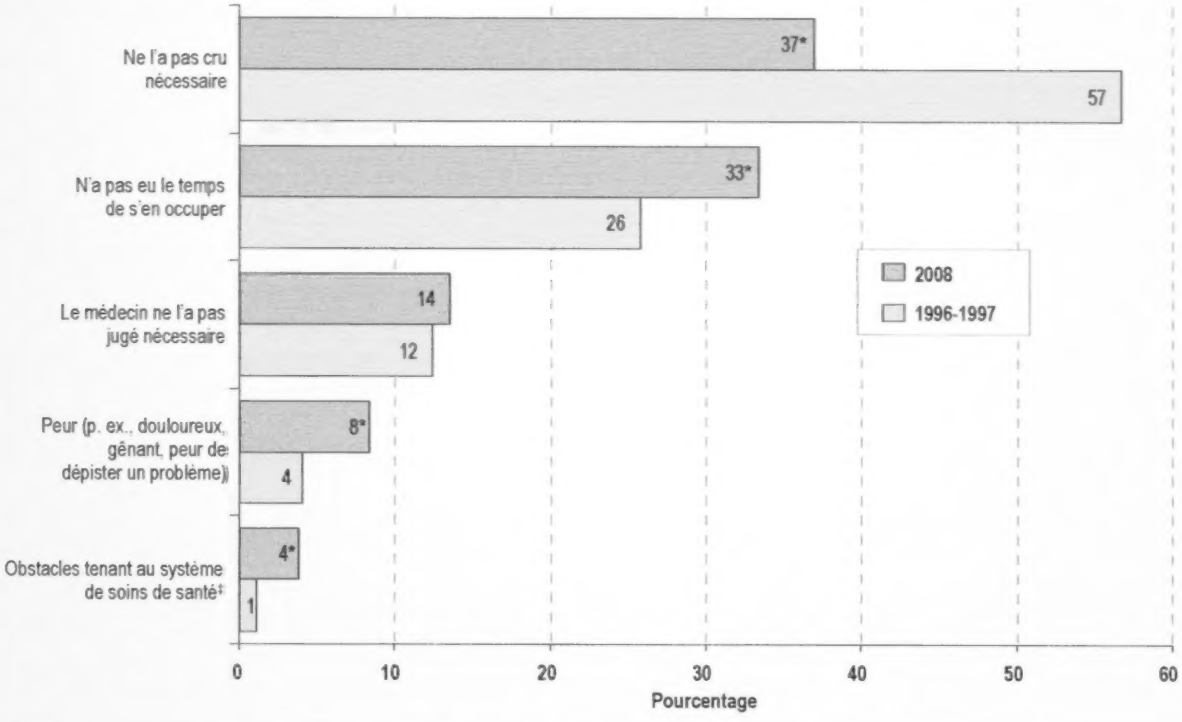
Comparativement aux femmes mariées ou vivant en union de fait, les veuves,

Tableau 4
Rapports de cotes reliant certaines caractéristiques à la déclaration de ne pas avoir passé de mammographie au cours des deux dernières années, population féminine à domicile de 50 à 69 ans, Canada, 2008

	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
Groupe d'âge						
50 à 54 ans	1,3*	1,1	1,6	1,4*	1,1	1,8
55 à 59 ans	0,9	0,7	1,1	0,9	0,7	1,2
60 à 64 ans	0,8	0,7	1,1	0,9	0,7	1,1
65 à 69 ans†	1,0	...	...	1,0	...	...
État matrimonial						
Mariée / conjointe de fait†	1,0	...	...	1,0	...	...
Veuve	1,4*	1,1	1,8	1,1	0,9	1,5
Divorcée/séparée	1,3*	1,0	1,6	1,1	0,9	1,5
Jamais mariée	1,4*	1,1	1,8	1,1	0,8	1,4
Réside dans une région métropolitaine de recensement						
Oui	0,9*	0,8	1,0	0,9*	0,8	1,0
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...
Province/territoire						
Terre-Neuve-et-Labrador	1,1	0,8	1,5	0,9	0,7	1,3
Île-du-Prince-Édouard	1,7*	1,2	2,6	1,4	0,9	2,2
Nouvelle-Écosse	1,2	0,9	1,6	1,2	0,9	1,7
Nouveau-Brunswick	1,0	0,7	1,3	0,9	0,6	1,2
Québec	1,0	0,8	1,2	0,8	0,6	1,0
Ontario†	1,0	...	...	1,0	...	...
Manitoba	1,1	0,8	1,5	1,0	0,7	1,5
Saskatchewan	1,0	0,7	1,3	0,9	0,7	1,3
Alberta	1,0	0,7	1,3	0,9	0,7	1,2
Colombie-Britannique	1,3*	1,0	1,6	1,2	0,9	1,5
Yukon	1,4	0,8	2,5	1,2	0,6	2,4
Territoires du Nord-Ouest	1,3	0,6	2,5	0,6	0,2	1,3
Nunavut	5,7*	1,7	19,3	2,5	0,5	14,0
Nombre d'années depuis l'immigration						
0 à 9 ans	3,9*	1,9	7,8	3,7*	1,8	7,7
10 à 19 ans	1,5	0,9	2,5	1,7	1,0	2,8
20 ans ou plus	1,2	1,0	1,4	1,3*	1,1	1,7
Non-immigrante†	1,0	...	...	1,0	...	...
Quintile de revenu du ménage						
1 (inférieur)	2,5*	1,9	3,2	2,1*	1,6	2,9
2	1,5*	1,2	2,0	1,4*	1,1	1,9
3	1,1	0,8	1,5	1,1	0,8	1,4
4	1,1	0,9	1,5	1,1	0,8	1,4
5 (supérieur)†	1,0	...	...	1,0	...	...
A un médecin de famille? – A consulté un omnipraticien / médecin de famille au cours de l'année précédente?						
Oui – Oui†	1,0	...	...	1,0	...	...
Oui – Non	2,8*	2,3	3,5	2,9*	2,3	3,7
Non – Oui	2,3*	1,6	3,4	2,3*	1,6	3,5
Non – Non	8,2*	5,7	11,8	9,0*	6,0	13,5
Autoévaluation de la santé générale						
Excellente / très bonne†	1,0	...	...	1,0	...	...
Bonne	1,2*	1,0	1,4	1,1	0,9	1,3
Passable/mauvaise	1,2	1,0	1,4	1,0	0,8	1,3
Usage du tabac						
Fumeuse quotidienne	2,0*	1,7	2,3	1,7*	1,5	2,1
Fumeuse occasionnelle	1,3	0,9	1,9	1,2	0,8	1,9
Non-fumeuse†	1,0	...	...	1,0	...	...
Niveau d'activité physique durant les loisirs						
Active / modérément active (1,5 ou plus KKJ)†	1,0	...	...	1,0	...	...
Inactive (moins de 1,5 KKJ)	1,2*	1,1	1,4	1,1	0,9	1,3

† catégorie de référence
* significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
... n'ayant pas lieu de figurer
KKJ : kilocalories par kilogramme par jour
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008

Figure 3
Raisons les plus souvent invoquées pour ne pas avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années, population féminine à domicile de 50 à 69 ans†, Canada, 1996-1997 et 2008



† fondé sur la population qui n'a pas déclaré avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années
‡ y compris les services non disponibles lorsqu'ils étaient requis, non disponibles dans la région, et délai d'attente trop long
* valeur significativement différente de l'estimation pour 1996-1997 ($p < 0,05$)
Nota : Les participantes à l'enquête pouvaient déclarer plus d'une raison.
Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997.

les femmes divorcées ou séparées et les femmes jamais mariées étaient plus susceptibles d'être des non-participantes.

Les femmes résidant à l'extérieur d'une région métropolitaine de recensement (RMR) étaient légèrement mais significativement plus susceptibles d'être des non-participantes (29 %) que les résidentes des RMR (27 %).

En 2008, les résidentes de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Colombie-Britannique étaient légèrement plus susceptibles d'être des non-participantes que les femmes vivant dans une autre province. Le pourcentage de non-participantes était particulièrement élevé au Nunavut (68 %) où aucun programme organisé de dépistage par mammographie n'a été mis en place.

Plus de la moitié (57 %) des immigrantes établies au Canada récemment, soit depuis moins de dix ans, étaient des non-participantes, comparativement à 26 % des femmes nées au Canada. Bien que cette différence soit marquée, les immigrantes de date récente de 50 à 69 ans représentent à peine 2 % de la population féminine dans ce groupe d'âge. La probabilité d'être une non-participante était plus élevée chez les immigrantes nées en Asie (34 %) ou en Europe (32 %) que chez les femmes nées au Canada ou aux États-Unis (26 %).

Le faible statut socioéconomique (SSE) était associé à un taux de non-utilisation plus élevé, soit 39 % pour les femmes se situant dans le quintile de revenu du ménage inférieur, comparativement à 21 % pour celles du quintile supérieur. Chez les femmes sans diplôme d'études secondaires, 36 % étaient des non-participantes, comparativement à 26 % de celles ayant au moins un diplôme d'études secondaires.

La consultation récente d'un médecin était fortement corrélée à l'utilisation de la mammographie. Alors que 23 % des non-participantes ayant un médecin de famille avaient consulté un omnipraticien ou un médecin de famille au cours de l'année précédente, 71 % de celles n'ayant pas de médecin de famille ont déclaré ne pas avoir consulté de médecin au cours de l'année précédente.

On a estimé l'utilisation de la mammographie selon la source habituelle de soins. Parmi les femmes n'ayant pas de médecin de famille (un faible 8 %), les non-participantes constituaient environ

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Les données recueillies laissent supposer que la mammographie contribue à réduire la mortalité par cancer du sein.
- Depuis le lancement du premier programme provincial de dépistage du cancer du sein en 1988, le nombre de femmes qui passent des mammographies croît rapidement.
- Les données recueillies au cours des années 1990 montrent que l'utilisation de la mammographie n'était pas uniforme dans la population.

Ce qu'apporte l'étude

- En 2008, 72 % des femmes ont déclaré avoir passé un examen mammographique au cours des deux dernières années, en hausse par rapport au taux de 40 % observé en 1990.
- L'utilisation de la mammographie a atteint un sommet en 2000-2001.
- Avant 2000-2001, les taux variaient fortement d'une province à l'autre; depuis, les taux provinciaux sont devenus plus similaires.
- En 2008, l'utilisation de la mammographie était moins répandue aux niveaux inférieurs de revenu et de scolarité ainsi que chez les immigrantes, les fumeuses et les femmes n'ayant pas de médecin de famille.
- De 2005 à 2008, la participation aux programmes de mammographie a diminué chez les femmes se situant au plus faible niveau de revenu.

la moitié des femmes qui se rendaient habituellement dans une clinique avec ou sans rendez-vous et 58 % de celles qui se rendaient habituellement dans un Centre local de services communautaires ou un centre de santé communautaire (données non présentées). En revanche, 78 % des femmes n'ayant pas de source habituelle de soins étaient des non-participantes.

Les femmes qui ont autoévalué leur santé comme étant bonne étaient légèrement plus susceptibles d'être des non-participantes (30 %) que celles qui ont évalué leur santé comme étant excellente ou très bonne (26 %).

Ni le stress perçu ni le sentiment d'appartenance à la communauté ne sont associés au fait d'être une non-participante.

Parmi les trois facteurs de risque pour la santé examinés, l'usage du tabac et l'inactivité physique sont corrélés à la non-utilisation de la mammographie; aucune association avec le poids n'a été observée. Les fumeuses quotidiennes sont nettement plus susceptibles d'être des non-participantes (40 %) que les non-fumeuses (25 %). Les femmes qui sont inactives durant leurs loisirs sont légèrement plus susceptibles d'être des non-participantes (29 %) que leurs homologues actives ou modérément actives (25 %).

Les facteurs associés au fait d'être une non-participante aux programmes de mammographie sont examinés au moyen d'un modèle logistique multivarié (tableau 4). Après la prise en compte d'autres variables, le fait de résider dans une RMR, le faible revenu du ménage, le fait de ne pas avoir un médecin de famille et d'être une fumeuse demeurent significativement corrélés à la non-participation. En revanche, les associations avec l'état matrimonial, la province ou le territoire, l'autoévaluation de l'état de santé et le niveau d'activité physique durant les loisirs ne persistent pas.

Raisons de ne pas passer une mammographie

Dans le cadre de l'ESCC de 2008, on a demandé aux femmes qui avaient déclaré ne pas avoir passé de mammographie au cours des deux dernières années pourquoi elles ne l'avaient pas fait. La raison la plus courante, donnée par 37 % des non-participantes, était qu'elles ne croyaient pas cet examen nécessaire (figure 3). Une proportion sensiblement plus élevée (57 %) de non-participantes a donné la même explication en réponse à une question semblable dans le questionnaire de l'ENSP de 1996-1997. Le tiers (33 %) des non-participantes en 2008 a déclaré qu'elles « n'ont pas eu le temps de s'en occuper », en hausse par rapport à 26 % en 1996-1997. Le pourcentage de non-participantes qui a déclaré que le médecin n'a pas jugé une mammographie nécessaire était comparable en 2008 et en 1996-1997, s'établissant à 14 % et à 12 %, respectivement. En 2008, relativement peu de non-participantes ont mentionné la peur ou les obstacles dans le système de soins de santé (8 % et 4 %, respectivement), mais ces raisons ont été déclarées encore moins souvent en 1996-1997.

Une analyse supplémentaire portant sur les non-participantes révèle une association entre un faible SSE et la conviction qu'une mammographie n'est pas nécessaire. Les femmes dans le quintile de revenu du ménage inférieur et celles sans diplôme d'études secondaires étaient plus susceptibles que celles dans les quintiles de revenu supérieurs ou ayant un niveau de scolarité plus élevé de déclarer qu'elles ne croyaient pas qu'une mammographie était nécessaire (données non présentées). En outre, 39 % des fumeuses quotidiennes ont déclaré qu'elles ne croyaient pas à la nécessité d'une mammographie, comparativement à 30 % des non-fumeuses.

Discussion

Depuis la mise en œuvre des programmes de dépistage du cancer du sein vers la fin des années 1980 et dans les années 1990, la participation au dépistage par mammographie chez les femmes canadiennes a augmenté de façon marquée. Toutefois, en 2008, plus du quart des femmes de 50 à 69 ans ont déclaré ne pas avoir passé de mammographie au cours des deux années précédentes, soit l'intervalle recommandé entre les examens par la Société canadienne du cancer. Les principaux facteurs associés à la non-participation étaient le faible SSE, le fait d'être une immigrante, de ne pas

avoir de médecin de famille, de ne pas avoir consulté un omnipraticien ou un médecin de famille au cours de l'année précédente, et d'être une fumeuse.

Les principaux points forts de la présente étude comprennent le grand échantillon représentatif de femmes canadiennes sur lequel elle est fondée et les renseignements à jour qu'elle fournit sur les facteurs associés au fait d'être une non-participante au dépistage par mammographie, même si les programmes de dépistage du cancer du sein sont pratiquement universels.

Aux États-Unis, l'American Cancer Society[18] recommande que les femmes passent un examen mammographique annuel à partir de l'âge de 40 ans. Au Canada, on recommande de passer cet examen tous les deux ans dès l'âge de 50 ans. Même si le protocole de dépistage aux États-Unis prévoit de passer une mammographie à des intervalles plus fréquents à partir d'un plus jeune âge, il importe de se rappeler que toutes les femmes qui y vivent ne sont pas couvertes par un régime d'assurance de soins médicaux. Malgré ces différences, en 2005 — la dernière année pour laquelle des données comparables sont disponibles — les pourcentages de femmes de 50 à 69 ans qui ont déclaré avoir passé une mammographie au cours des deux années précédentes étaient comparables, soit 72,5 % aux États-Unis[19] et 72,0 % au Canada.

Une proportion légèrement plus élevée d'Américaines que de Canadiennes ont passé des examens mammographiques en 1994 et en 2002-2003[20,21]. Aux États-Unis, comme au Canada, le recours à la mammographie s'est accru de façon spectaculaire de 1987 à 2000. Toutefois, si le taux d'utilisation de la mammographie s'est stabilisé au Canada depuis 2000, le pourcentage de femmes américaines qui ont déclaré avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années a légèrement diminué de 2000 à 2005[22].

L'association observée entre un faible SSE et le fait d'être une non-participante au dépistage par mammographie est conforme aux résultats d'études menées précédemment au Canada et dans d'autres pays[10,11,20,23-26]. Deux modèles ont été proposés pour expliquer les différences en matière de dépistage du cancer selon le SSE. Le modèle psychosocial propose que les personnes à faible SSE sont moins susceptibles d'adopter des comportements protecteurs de la santé, y compris le dépistage du cancer, parce qu'elles subissent plus de stress et reçoivent moins de soutien social que celles dont le SSE est plus élevé[15]. Selon le modèle cognitif, les croyances au sujet du risque de cancer et des avantages du dépistage expliquent les plus faibles niveaux de dépistage chez les personnes à faible SSE. Les constatations tirées de l'ESCC n'appuient pas les résultats du modèle psychosocial; en effet, le stress et le sentiment d'appartenance à la communauté (utilisés comme approximation du soutien social) ne sont pas associés à l'utilisation de la mammographie. Les résultats d'une analyse supplémentaire indiquant une association significative chez les non-participantes entre la déclaration qu'une mammographie n'était pas nécessaire et le faible revenu ainsi que le faible niveau de scolarité appuient le modèle cognitif dans une certaine mesure.

L'un des résultats notables de la présente étude est la diminution du recours à l'examen mammographique chez les femmes à faible SSE à compter de 2008. Cette constatation souligne l'occasion qui s'offre d'informer les femmes à tous les niveaux de SSE de l'importance d'examens mammographiques périodiques.

Les résultats de l'ESCC de 2008 sont conformes aux rapports déjà publiés qui font état d'une plus faible participation aux programmes de mammographie de la part des immigrantes récentes et des femmes d'origine asiatique[12,23,26,27]. La plus faible utilisation de la mammographie dans ces groupes pourrait être attribuable à des sensibilités culturelles et à des attitudes différentes à l'égard de la mammographie et de son utilité.

Selon bon nombre d'articles publiés, l'utilisation de la mammographie est associée à d'autres comportements préventifs en matière de santé, comme faire de l'exercice régulièrement, ne pas fumer et consulter un médecin[25,26,28,29]. La présente étude révèle que les femmes qui sont physiquement inactives durant leurs heures de loisir et celles qui fument sont plus susceptibles d'être des non-participantes au dépistage par mammographie. Il a été postulé que, de façon générale, les femmes qui ne veulent pas cesser de fumer ou qui en sont incapables se préoccupent moins d'autres comportements propices à la santé, comme le dépistage du cancer[26]. Une étude antérieure a révélé que, même si les fumeuses et les non-fumeuses sont également susceptibles de se faire recommander une mammographie par leur médecin de premier recours, les fumeuses sont moins aptes à suivre cette recommandation. En outre, les fumeuses sont moins susceptibles de croire une mammographie nécessaire ou utile[30], constatation étayée dans une certaine mesure par les données de l'ESCC. La faible participation au dépistage par mammographie chez les fumeuses est particulièrement intéressante à la lumière d'un rapport publié récemment qui laisse supposer un lien de causalité entre l'usage de la cigarette et l'incidence de cancer du sein[5].

Le fait d'avoir une source habituelle de soins, la consultation récente d'un médecin et la recommandation d'une mammographie par un médecin sont d'importants prédicteurs de l'utilisation de la mammographie[23,26,27,31]. Dans la présente étude, la forte association entre le recours à la mammographie et la consultation d'un médecin vient étayer les résultats de recherches antérieures et souligne l'importance du rôle du médecin dans la promotion de la mammographie.

Limites

La présente analyse de l'utilisation de la mammographie au cours des deux années précédentes porte sur les mammographies diagnostiques ainsi que de dépistage. Il n'est pas possible de connaître la mesure

dans laquelle les tendances de l'utilisation de l'examen mammographique et les caractéristiques associées au fait d'être une non-participante seraient différentes si l'analyse portait sur les mammographies de dépistage seulement. Il est probable que la très grande majorité des mammographies déclarées en 2008 ont été réalisées à des fins de dépistage. À la question à savoir pourquoi elles avaient passé une mammographie (à un moment quelconque au cours de la vie), 91 % des participantes à l'ESCC ont indiqué des raisons qui concordaient avec le dépistage, et 13 % seulement ont donné des raisons qui suggéraient un examen diagnostique.

Les estimations de l'utilisation de la mammographie au cours des deux dernières années sont fondées sur des données autodéclarées, et les réponses n'ont pas été validées contre les dossiers cliniques. Une méta-analyse récente portait sur l'exactitude des données autodéclarées en matière d'utilisation de la mammographie[32]. La sensibilité (le pourcentage de femmes qui ont déclaré avoir passé une mammographie parmi celles dont les dossiers médicaux montraient qu'elles l'avaient effectivement passée) a été estimée à 0,95. Par contre, la spécificité était relativement faible (0,61) : ainsi 61 % des femmes dont les dossiers médicaux indiquaient qu'elles n'avaient pas passé une mammographie ont déclaré être des non-participantes. La part restante de ces femmes (39 %) ont déclaré à tort qu'elles avaient passé une mammographie. La surdéclaration résulte en partie d'un phénomène appelé le télescopage, selon lequel la date de la dernière mammographie est déclarée comme étant plus récente qu'elle ne l'est en réalité[33]. Un biais dû à la désirabilité sociale peut également entraîner une surdéclaration. Par conséquent, les estimations de l'utilisation de la mammographie dans la présente analyse sont sans doute un peu exagérées.

L'ESCC ne comprenait pas de question visant à savoir si un médecin avait recommandé une mammographie. Or, selon des études antérieures, les conseils d'un médecin sont un prédicteur de l'utilisation de la mammographie plus puissant encore que le SSE[31,32]. Si une telle variable avait été incluse dans l'analyse multivariée, les associations observées entre les autres variables indépendantes et la non-utilisation de la mammographie auraient peut-être été moins fortes.

On examine souvent les comportements en matière de santé, comme la participation aux programmes de dépistage du cancer, au moyen du cadre théorique proposé dans le modèle des croyances relatives à la santé[34]. Selon ce modèle, la probabilité de passer une mammographie tient à des facteurs subjectifs, comme la perception d'être prédisposé au cancer du sein et à risque de ce cancer, ainsi que les avantages perçus de la mammographie et les facteurs jugés dissuasifs. Le modèle des croyances relatives à la santé est conforme à l'argument avancé dans le modèle cognitif selon lequel les personnes à faible SSE sont moins susceptibles d'adopter des comportements favorables à la santé parce qu'elles manquent de connaissances. Il a été impossible d'effectuer une analyse approfondie de l'utilisation de la mammographie selon les composantes proposées dans ces modèles en raison de la non-disponibilité de ces données dans l'ESCC; cependant, d'examiner les raisons de ne pas passer une mammographie a permis de se pencher brièvement sur les obstacles à cet examen.

Conclusion

Passer une mammographie est l'une des rares mesures qu'une femme peut prendre pour réduire son risque de mortalité par cancer du sein. En 2008, 72 % des Canadiennes de 50 à 69 ans avaient passé un examen mammographique au cours des deux années précédentes. Ce chiffre était inchangé par rapport à 2000-2001, période où les programmes de dépistage par mammographie étaient devenus presque universellement accessibles. Depuis 2000-2001, les tendances de l'utilisation de la mammographie ont été comparables d'une province à l'autre. Toutefois, celles-ci sont plus faibles chez certains sous-groupes identifiables, à savoir les femmes avec un faible SSE, les immigrantes, les fumeuses et les femmes n'ayant pas de médecin de famille. ■

Références

1. Société canadienne du cancer / Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2008*, Toronto, 2009.
2. L.F. Ellison et L. Gibbons, « Survie au cancer — prévisions mises à jour d'après l'analyse par période », *Rapports sur la santé*, 17(2), 2006, p. 21-34 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).
3. Société canadienne du cancer, *Causes du cancer du sein*, disponible à l'adresse www.cancer.ca, dernière modification le 7 janvier 2009 (consulté le 28 avril 2009).
4. C. Friedenreich, K.J. Aronson, K. DeKoning *et al.*, *Rapport sommaire : Examen des facteurs de risque de cancer du sein liés au style de vie et à l'environnement* (nº H39-586/2001F au catalogue), Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001.
5. N.E. Collishaw, N.F. Boyd, K.P. Cantor *et al.*, *Canadian Expert Panel on Tobacco Smoke and Breast Cancer Risk*, Toronto, Ontario Tobacco Research Unit, OTRU Special Report Series, 2009.
6. L. Tabár, M.F. Yen, B. Vitak *et al.*, « Mammography service screening and mortality in breast cancer patients: 20-year follow-up before and after introduction of screening », *The Lancet*, 361(9367), 2003, p. 1405-1410.
7. P.C. Gotzsche et M. Nielsen M., « Screening for breast cancer with mammography », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art. No.: CD001877, DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub2, 2006.
8. Société canadienne du cancer, *Détection précoce et dépistage du cancer du sein*, disponible à l'adresse www.cancer.ca, dernière modification le 11 février 2009 (consulté le 28 avril 2009).
9. Agence de la santé publique du Canada, *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada – Rapport sur la performance des programmes en 2003 et en 2004* (nº HP32-4/2004F au catalogue), Ottawa, Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2008.
10. J.F. Gentleman et J. Lee, « Qui ne se fait pas mammographier? », *Rapports sur la santé*, 9(1), 1997, p. 19-29 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).
11. J. Snider, J. Beauvais, I. Levy *et al.*, « Trends in mammography and Pap smear utilization in Canada », *Chronic Diseases in Canada*, 17(3-4), 1996, p. 108-117.
12. C.J. Maxwell, C.M. Bancej et J. Snider, « Predictors of mammography use among Canadian women aged 50-69: findings from the 1996/97 National Population Health Survey », *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*, 164(3), 2001, p. 329-334.
13. Y. Béland, V. Dale, J. Dufour *et al.*, *The Canadian Community Health Survey: Building on the Success from the Past*, Proceedings of the American Statistical Association Joint Statistical Meetings 2005, Section on Survey Research Methods, August 2005, Minneapolis, American Statistical Association, 2005.
14. J. Carson, « Le pouvoir de dépenser des familles », *L'emploi et le revenu en perspective*, 10(3), 2002, p. 5-14 (Statistique Canada, nº 75-001-XIF au catalogue).
15. J. Wardle, K. McCaffery, M. Nadel *et al.*, « Socioeconomic differences in cancer screening participation: comparing cognitive and psychosocial explanations », *Social Science and Medicine*, 59(2), 2004, p. 249-261.
16. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, nº 12-001 au catalogue).
17. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
18. American Cancer Society, *American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer*, disponible à l'adresse http://www.cancer.org/docroot/PED/content/PED_2_3X_ACS_Cancer_Detection_Guidelines_36.asp, dernière modification le 3 mai 2008 (consulté le 28 avril 2009).
19. National Center for Health Statistics, *National Health Interview Survey (NHIS) 2005 Data Release*, disponible à l'adresse http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhis/nhis_2005_data_release.htm, dernière modification le 9 septembre 2009 (consulté le 28 avril 2009).
20. S.J. Katz, J.K. Zemencuk et T.P. Hofer, « Breast cancer screening in the United States and Canada, 1994: socioeconomic gradients persist », *American Journal of Public Health*, 90(5), 2000, p. 799-803.
21. D.L. Blackwell, M.E. Martinez et J.F. Gentleman, « Women's compliance with public health guidelines for mammograms and Pap tests in Canada and the United States: an analysis of data from the Joint Canada/United States Survey of Health », *Women's Health Issues*, 18(2), 2008, p. 85-99.
22. N. Breen, K.A. Cronin, H.L. Meissner *et al.*, « Reported drop in mammography: is this cause for concern? », *Cancer*, 109(12), 2007, p. 2405-2409.
23. N. Breen et H.L. Meissner, « Toward a system of cancer screening in the United States: trends and opportunities », *Annual Review of Public Health*, 26, 2005, p. 561-582.
24. J. Kim et S.N. Jang, « Socioeconomic disparities in breast cancer screening among US women: trends from 2000 to 2005 », *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 41(3), 2008, p. 186-194.
25. W. Rakowski, B.K. Rimer et S.A. Bryant, « Integrating behavior and intention regarding mammography by respondents in the 1990 National Health Interview Survey of Health Promotion and Disease Prevention », *Public Health Reports*, 108(5), 1993, p. 605-624.
26. K.M. Schueler, P.W. Chu et R. Smith-Bindman, « Factors associated with mammography utilization: a systematic quantitative review of the literature », *Journal of Women's Health*, 17(9), 2008, p. 1477-1498.
27. M.D. Beaulieu, F. Béland, D. Roy *et al.*, « Factors determining compliance with screening mammography », *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*, 154(9), 1996, p. 1335-1343.
28. L. Fredman, M. Sexton, Y. Cui *et al.*, « Cigarette smoking, alcohol consumption, and screening mammography among women ages 50 and older », *Preventive Medicine*, 28(4), 1999, p. 407-417.
29. S.W. Vernon, E.A. Laville et G.L. Jackson, « Participation in breast screening programs: a review », *Social Science and Medicine*, 30(10), 1990, p. 1107-1118.
30. C.R. Messina, G.C. Kabat et D.S. Lane, « Perceptions of risk factors for breast cancer and attitudes toward mammography among women who are current, ex- and non-smokers », *Women and Health*, 36(3), 2002, p. 65-82.
31. H.L. Meissner, N. Breen, M.L. Taubman *et al.*, « Which women aren't getting mammograms and why? (United States) », *Cancer Causes and Control*, 18(1), 2007, p. 61-70.
32. G.H. Rauscher, T.P. Johnson, Y.I. Cho *et al.*, « Accuracy of self-reported cancer-screening histories: a meta-analysis », *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 17(4), 2008, p. 748-757.
33. E.D. Paskett, C.M. Tatum, D.W. Mack *et al.*, « Validation of self-reported breast and cervical cancer screening tests among low-income minority women », *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 5(9), 1996, p. 721-726.
34. N.K. Janz, V.L. Champion et V.J. Strecher, « The Health Belief Model » dans K. Glanz, B.K. Rimer et F.M. Lewis, sous la dir. de, *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, San Francisco, Jossey-Bass, 2002, p. 45-66.

Annexe

Tableau A
Pourcentage des femmes ayant déclaré avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années, selon la province, population à domicile de 50 à 69 ans, Canada, territoires non compris, 1990 à 2008

	1990	1994-1995	1996-1997	1998-1999	2000-2001	2003	2005	2008
	Pourcentage							
Canada	**40,5**	**56,9**	**63,1**	**66,2**	**72,7**	**72,4**	**72,0**	**72,5**
Province (année de lancement du programme de dépistage organisé[†])								
Terre-Neuve-et-Labrador (1996)	18,9[‡]L	33,4L	43,3L	48,2L	64,1L	66,6L	69,9	71,4
Île-du-Prince-Édouard (1998)	44,9	67,0	67,2	62,5	71,2	70,7	64,8L	61,0L
Nouvelle-Écosse (1991)	33,6	42,8L	53,3	56,1L	71,1	66,1L	72,7	69,0
Nouveau-Brunswick (1995)	28,6[‡]L	49,0	66,8	72,3	73,1	75,6	75,0	74,0
Québec (1998)	39,8	48,5L	56,9L	58,4L	74,2	72,8	74,0H	73,9
Ontario (1990)	43,7	59,6	66,9H	68,2	73,6	72,4	73,1	73,2
Manitoba (1995)	36,1	42,9L	59,3	65,2	71,1	72,6	66,7L	71,0
Saskatchewan (1990)	21,1[‡]L	71,4H	66,1	80,7H	76,4H	75,0	70,1	73,6
Alberta (1990)	43,4	70,5H	63,1	69,7	70,9	74,2	71,7	74,0
Colombie-Britannique (1998)	44,4	67,8H	70,4H	75,8H	69,0L	72,0	67,1L	67,9L
Province au pourcentage le plus élevé moins province au pourcentage le plus faible	**26,1**	**38,0**	**27,1**	**32,5**	**12,3**	**9,5**	**10,2**	**13,0**

L valeur significativement inférieure à l'estimation pour les autres provinces combinées ($p < 0,05$)
H valeur significativement supérieure à l'estimation pour les autres provinces combinées ($p < 0,05$)
‡ à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
† voir la référence 8
Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 à 2008; Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 1998-1999; Enquête promotion santé, 1990

Tableau B
Rapports de cotes non corrigés reliant le quintile de revenu du ménage à la déclaration d'avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années, population féminine à domicile de 50 à 69 ans, Canada, territoires non compris, 1990 à 2008

	1990	1994-1995	1996-1997	1998-1999	2000-2001	2003	2005	2008
	Rapport de cotes non corrigé							
Quintile de revenu du ménage								
1 (inférieur)	0,3L	0,5L	0,4L	0,5L	0,5L	0,5L	0,6L	0,4L
2	0,5L	0,4L	0,6L	0,8	0,6L	0,7L	0,8L	0,6L
3	0,5L	0,6L	0,6L	0,8	0,8	0,8	1,0	0,9
4	0,6L	0,7	0,8	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9
5 (supérieur)[†]	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

† catégorie de référence
L valeur significativement inférieure à l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 à 2008; Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 1998-1999; Enquête promotion santé, 1990